

SESSION 2016

---

**AGRÉGATION  
CONCOURS INTERNE  
ET CAER**

**Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES**

**COMPOSITION ÉLABORÉE À PARTIR D'UN DOSSIER**

Durée : 6 heures

---

*L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique (y compris la calculatrice) est rigoureusement interdit.*

*Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.*

*De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.*

**NB :** *La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.*

**Tournez la page S.V.P.**

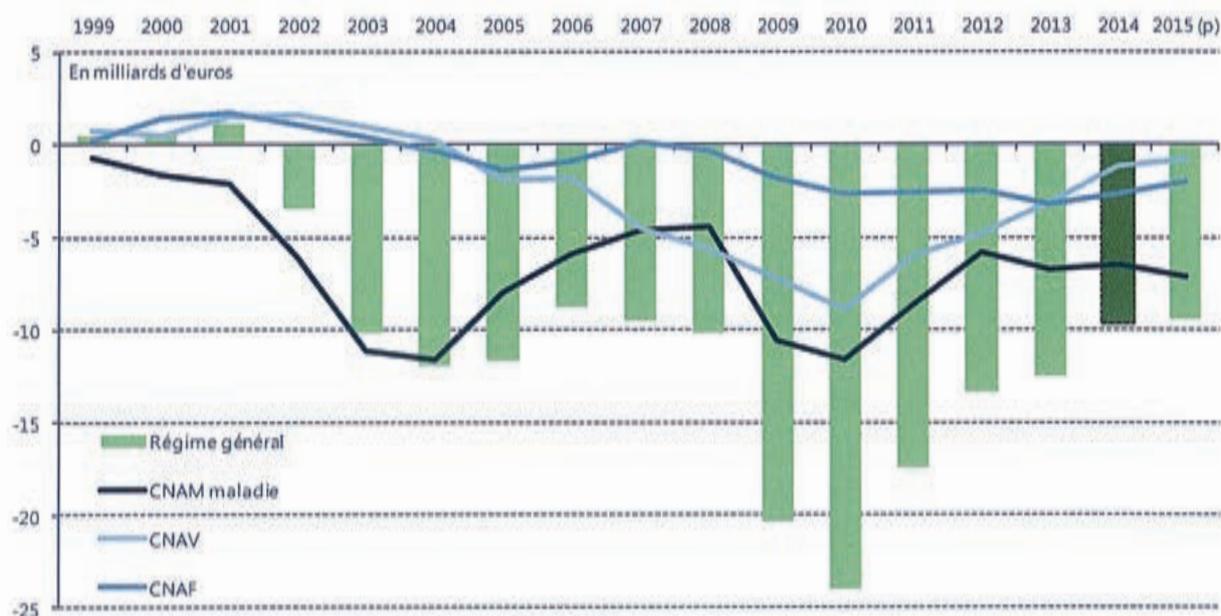
Il est demandé au candidat de construire, à partir de ce dossier, et pour une classe de Terminale, le plan et le contenu d'une séance de travail de deux heures, intégrant obligatoirement des travaux à réaliser par les élèves. Le candidat doit indiquer les documents retenus parmi ceux que comporte le dossier et en justifier le choix, en présentant les modes d'exploitation en classe de ces documents, en dégagant les résultats à attendre de cette exploitation sous la forme d'une synthèse à enregistrer par les élèves, en prévoyant les procédures d'évaluation des acquisitions escomptées, en signalant, enfin, les ouvrages ou articles qui pourraient être conseillés, d'une part, au professeur, d'autre part, éventuellement, aux élèves, pour l'approfondissement du sujet étudié.

## **Quel est l'impact des variables économiques et démographiques sur le financement de la protection sociale ?**

*Ce dossier comporte huit documents.*

## Document 1

## a) Évolution des soldes du régime général de la Sécurité sociale



Notes : CNAM : Caisse nationale d'assurance-maladie ; CNAV : Caisse nationale d'assurance-  
vieillesse ; CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales.

## b) Évolution des prestations nettes du régime général par branche (en milliards d'euros et en %)

	2012 (milliards d'euros)	2013		2014		2015 (prévision)	
		Milliards d'euros	%	Milliards d'euros	%	Milliards d'euros	%
<b>Maladie</b>	150,1	153,8	2,5	158,2	2,8	162,3	2,6
<b>Accidents du travail</b>	8,8	8,7	-0,9	8,7	0,6	8,8	1,1
<b>Retraite</b>	101,6	105,6	4,0	108,2	2,5	110,7	2,3
<b>Famille</b>	38,1	39,1	2,6	39,6	1,2	34,7	-12,3
<b>Régime général</b>	298,6	307,3	2,9	314,8	2,4	316,6	0,6

Source : D'après *Les Comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2014, prévisions 2015*, Commission  
des comptes de la Sécurité sociale, juin 2015.

Document 2

Structure des ressources de la protection sociale par type de prélèvement (en %)

	Cotisations sociales employeurs (effectives et imputées)	Cotisations sociales salariales	Cotisations des non-salariés	Autres cotisations	Impôts et taxes affectés	Contributions publiques	Autres recettes
1981	55 %	18 %	4 %	1 %	2 %	15 %	5 %
1982	55 %	18 %	4 %	1 %	2 %	16 %	4 %
1984	53 %	20 %	4 %	1 %	4 %	15 %	4 %
1985	54 %	20 %	4 %	1 %	3 %	15 %	4 %
1988	53 %	22 %	5 %	1 %	3 %	14 %	4 %
1989	52 %	23 %	5 %	1 %	3 %	13 %	3 %
1990	52 %	23 %	5 %	1 %	3 %	13 %	4 %
1991	51 %	23 %	5 %	1 %	4 %	13 %	4 %
1992	51 %	22 %	4 %	1 %	4 %	13 %	4 %
1993	50 %	22 %	4 %	1 %	5 %	14 %	4 %
1994	49 %	22 %	4 %	1 %	7 %	14 %	3 %
1995	48 %	22 %	4 %	1 %	8 %	13 %	3 %
1996	48 %	22 %	4 %	1 %	8 %	14 %	3 %
1997	47 %	21 %	4 %	1 %	10 %	14 %	3 %
1998	47 %	16 %	3 %	0 %	17 %	14 %	3 %
1999	47 %	16 %	3 %	0 %	17 %	13 %	3 %
2000	47 %	16 %	3 %	0 %	19 %	11 %	3 %
2001	46 %	17 %	4 %	0 %	20 %	11 %	2 %
2002	46 %	17 %	4 %	0 %	20 %	11 %	2 %
2003	46 %	17 %	4 %	0 %	20 %	11 %	2 %
2004	46 %	17 %	4 %	1 %	17 %	14 %	2 %
2005	45 %	17 %	4 %	0 %	17 %	14 %	2 %
2006	44 %	17 %	4 %	1 %	21 %	10 %	3 %
2006	44 %	17 %	4 %	0 %	22 %	10 %	3 %
2007	44 %	17 %	4 %	0 %	22 %	10 %	3 %
2008	43 %	17 %	4 %	0 %	23 %	10 %	3 %
2009	44 %	17 %	4 %	0 %	23 %	11 %	2 %
2010	44 %	17 %	4 %	1 %	23 %	10 %	2 %

Note : Le changement de base est matérialisé par un blanc.

Lecture : En 2010, les contributions publiques représentent 10 % des ressources de la protection sociale (hors transferts).

Sources : DREES - Comptes de la protection sociale, bases 1970, 2000 et 2005 hors CADES et FRR.

Source : D'après « 50 ans d'évolution de la structure de financement de la protection sociale », DREES, *Études et résultats*, n°826, décembre 2012.

### Document 3

L'assurance-maladie est destinée à couvrir les dépenses de soins et permet ainsi de solvabiliser la demande de soins. Toutefois, elle a pour conséquence d'introduire une différence entre le coût payé par l'assuré et celui soumis à l'ensemble de la société ; cette différence est source d'inefficience. [...]

Elle est susceptible d'accroître la dépense de santé de deux manières :

- par un moindre recours à la prévention (aléa moral *ex ante*), le fait d'être assuré réduisant la propension à réduire le risque de maladie par des actions de prévention,
- par une dépense plus forte (surconsommation) en cas de recours aux soins (aléa moral *ex post*) ; si la demande de soins est sensible au prix, la baisse du prix apparent des soins du fait de l'assurance conduirait les personnes à augmenter leur consommation de soins. [...]

La limitation des phénomènes d'aléa moral réside dans la mise en place de dispositifs de co-paiement (paiement d'une partie des soins par l'assuré, qui reste à sa charge) : ce sont les mécanismes de franchise et de ticket modérateur. [...] Toutefois, l'augmentation de la participation financière réduit la couverture assurantielle. [...]

Malgré des principes d'organisation et institutionnels spécifiques et des problèmes concrets divers, les systèmes de santé sont partout confrontés aux mêmes enjeux : la croissance des dépenses de santé ainsi que l'amélioration de l'ajustement entre les besoins de soins et de santé et la réponse à ces besoins. [...]

Les systèmes de santé peuvent être classés en trois modèles-types : le système libéral, le système national de santé et le système des assurances sociales.

#### Typologie des systèmes de santé

	Systèmes nationaux	Système d'assurances sociales	Système libéral
Couverture maladie	Obligatoire, sur un critère de résidence	Obligatoire, attachée à l'activité professionnelle Existence d'une couverture complémentaire, facultative (France)	Facultative, individuelle ou par le biais de l'employeur Filets de sécurité pour certaines catégories de populations
Financement	Impôt	Cotisations sociales et impôts	Participations individuelles et des employeurs Impôts
Organisation de la prestation et de la distribution de soins	Monopole public Secteur privé limité	Coexistence d'une offre publique de service et d'une offre privée	Offre de services privés, importance du secteur à but non lucratif
Densité de l'offre de soins	Faible	Élevée	Élevée
Circulation dans le système	Pas de liberté de choix du patient	Liberté limitée de choix du patient	Liberté de choix du patient
Mode de rémunération dominant des producteurs	Salariat et capitation	Salariat pour le secteur hospitalier À l'acte pour le secteur ambulatoire	À l'acte
Mécanismes d'ajustement	Planification et contrôle public <i>a priori</i>	Remboursement des soins <i>a posteriori</i> Augmentation des recettes Planification et marché	Marché et prix
Effets	Maîtrise de la dépense de santé Problèmes de qualité de la réponse : listes d'attentes pour soins spécialisés	Pas de maîtrise de la dépense de santé Bonne qualité de la réponse	Pas de maîtrise de la dépense Problèmes d'équité dans la réponse : fragmentation de la couverture-maladie

Source : Valérie FARGEON, *Introduction à l'économie de la santé*, Presses universitaires de Grenoble, 2014 (2<sup>ème</sup> édition).

## Document 4

### a) Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux (en %)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sécurité sociale <sup>(1)</sup>	76,8	76,6	76,0	76,1	76,0	75,73	75,9	76,0
État et CMU-C organismes de base <sup>(2)</sup>	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Organismes complémentaires <sup>(3)</sup> dont :	13,0	13,1	13,4	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8
Mutuelles	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,4	7,4	7,3
Sociétés d'assurances	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6	3,8	3,8	3,9
Institutions de prévoyance	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6
Ménages	8,8	8,9	9,3	9,2	9,2	9,2	9,0	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>							

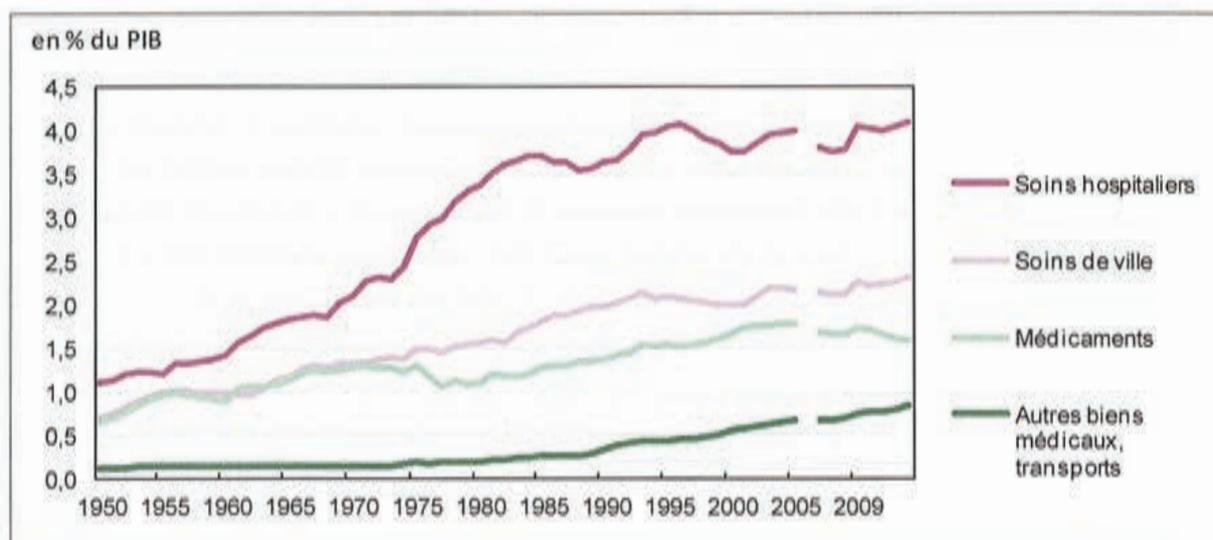
<sup>(1)</sup> Y compris le déficit des hôpitaux publics et y compris les régimes d'Alsace-Moselle et de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières.

<sup>(2)</sup> CMU-C organismes de base : Couverture maladie universelle complémentaire. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la CMU-C est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes. Elle offre la prise en charge complémentaire des soins à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'assurance maladie, du forfait journalier hospitalier et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou certains dispositifs médicaux. Sa gestion est assurée par les régimes de base et les organismes dispensant des couvertures complémentaires santé.

<sup>(3)</sup> Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.

Source : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

### b) Dépenses des principaux postes de consommation de services et de biens médicaux en pourcentage du PIB



Sources : DREES, Comptes de la santé ; INSEE, comptes nationaux pour le PIB. Base 2005 pour la période 1950-2005, base 2010 pour 2006-2013.

Source : Comptes nationaux de la santé 2013, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes, 2014.

## Document 5

En France, la régulation du système s'est focalisée sur la responsabilisation des patients, alors que beaucoup reste à faire du côté de l'offre.

Des tickets modérateurs ont été instaurés dès la création de l'assurance-maladie. Fixés à des niveaux assez élevés (par exemple 30 % du tarif d'une consultation médicale), ils sont aujourd'hui totalement couverts par les assurances complémentaires. La réforme de 2004 a introduit de nombreux co-paiements : les patients doivent à présent payer un euro par consultation médicale, acte de kinésithérapie, de biologie ou d'imagerie médicale, 18 euros pour les actes d'imagerie médicale dont le tarif remboursable dépasse 120 euros, et 50 centimes d'euro sur chaque boîte de médicaments. Le forfait hospitalier augmente aussi régulièrement. Ces paiements réduisent les dépenses de l'assurance-maladie, mais ne peuvent améliorer la « responsabilisation des patients » : en dehors des consultations de généralistes et de certains spécialistes, qui relèvent d'une demande émanant du patient, tous les biens et services affectés par ces co-paiements sont *prescrits* par les médecins, à qui l'assurance-maladie délègue le pouvoir (en monopole) de décider de ce qui est médicalement nécessaire. Que signifie dans ce cadre la notion de « responsabilisation du patient » ? Est-il souhaitable que les patients renoncent à respecter les prescriptions des médecins pour des raisons financières ? S'il existe un doute sur la pertinence de ces prescriptions, pourquoi demander au patient de faire le tri sur son ordonnance [...] ?

*Dans le cadre du système français, les co-paiements réduisent la couverture sans améliorer l'efficacité du système.*

*Les gains d'efficacité sont à chercher du côté de l'organisation de l'offre de soins, où presque tout reste à faire :*

- le paiement à l'acte est omniprésent dans la médecine de ville et l'hospitalisation privée, bien qu'il incite à des comportements d'induction de la demande, source de surconsommation de soins. Cette propriété du paiement à l'acte, établie au niveau théorique, a été vérifiée dans de nombreuses études empiriques, y compris pour la France ;
- comparée à ses voisins, la France ne manque pas de médecins. Mais leur liberté d'installation conduit à une mauvaise répartition géographique qui est source d'inefficacité à plusieurs titres : dans les régions sur-dotées, les médecins en surnombre ont du mal à réaliser suffisamment de consultations et sont incités à des comportements d'induction de la demande pour améliorer leurs honoraires (car ces derniers dépendent directement du nombre de consultations avec le paiement à l'acte) ; dans les zones sous-dotées, les patients ont du mal à accéder à un médecin ;
- trop de médecins de ville travaillent sur un mode individuel, avec un usage peu efficace de leur temps d'activité : 44 % assurent eux-mêmes leur secrétariat, 22 % leur comptabilité et 14 % entretiennent même les sols de leurs locaux ! ;
- le paiement à l'acte ne favorise pas la médecine préventive. Il constitue un obstacle au partage des tâches entre professionnels de santé et au développement d'une médecine de groupe susceptible d'assumer les missions de permanence des soins. Il est une condition permissive des dépassements d'honoraires, observés surtout pour les spécialistes ;
- le paiement à l'acte ne favorise pas non plus la coordination entre les fournisseurs de soins pour un parcours optimal du patient dans les différentes composantes du système de soins (ville, hôpital et secteur médico-social) ;
- à l'hôpital, des problèmes assez similaires se posent, mais sur un mode différent, car la tarification à l'activité (T2A) introduite par la réforme de 2004, qui ressemble fortement à un paiement à l'acte, s'inscrit dans l'enveloppe fermée définie par l'ONDAM\* hospitalier, ce qui se traduit par une valeur du point flottant<sup>(1)</sup>. Dans ce cadre, la dépense est globalement maîtrisée, mais il y a une forte incitation, au niveau des établissements hospitaliers, à accroître leur nombre d'actes, ce qui pose la question de la pertinence des soins.

[...]

La mise en œuvre des choix de santé selon les priorités définies plus haut doit être adaptée aux besoins de santé de la population. Or ces besoins sont variables sur le territoire, notamment en raison des caractéristiques socio-économiques des populations. Pourtant, la

carte de l'offre de soins ne coïncide pas avec celle des besoins. Pour améliorer l'efficacité productive du système de soins, il faut encourager une meilleure répartition des médecins, mais aussi s'assurer que les médecins travaillent en collaboration plus étroite avec d'autres professionnels de santé, en s'appuyant sur la délégation des tâches. Le développement des maisons de santé permettrait un maillage géographique, une meilleure permanence et une continuité des parcours de soins. L'ouverture 24h/24, dans ces maisons de santé, d'une garde médicale et médico-sociale devrait permettre de désengorger les urgences hospitalières, qui sont actuellement les seuls lieux d'accès permanent aux soins connus par le public.

Les déterminants de la dépense de soins sont multiples : au-delà des besoins des patients, les décisions des offreurs de soins sont également conditionnées par leur impact sur leur propre situation, notamment leur revenu. Le devoir du régulateur est de mettre en place des systèmes de paiement des acteurs de santé qui les incitent à agir dans un sens conforme à l'intérêt général. Dans le cas des médecins, il convient par exemple de définir des systèmes de rémunération qui encouragent la prévention et la délivrance de soins proportionnés aux besoins.

<sup>(1)</sup> Ainsi, le remboursement au titre de la T2A dépend à la fois (positivement) de l'activité de l'établissement et (négativement) de celle de l'ensemble des hôpitaux.

Source : Philippe ASKENAZY, Brigitte DORMONT, Pierre-Yves GEOFFARD, Valérie PARIS « Pour un système de santé plus efficace », *Notes du CAE*, n°8, juillet 2013,

\* ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie. L'ONDAM est l'objectif de prévision des dépenses de soins en ville et à l'hôpital voté chaque année par le Parlement. Il s'agit d'un mécanisme de régulation des dépenses de santé basé sur la définition d'objectifs quantifiés par profession de santé, obtenus à partir d'une évaluation médico-administrative négociée des prévisions des dépenses.

## Document 6

C'est un fait bien connu que les personnes âgées de plus de 65 ans ont du mal à souscrire une assurance médicale. Une question naturelle émerge donc : pourquoi le prix ne s'élève-t-il pas pour correspondre au risque ?

Notre réponse est que plus le prix augmente, plus les gens qui s'assurent vont être ceux qui sont certains d'avoir besoin de l'assurance. En effet, les erreurs dans les bilans de santé, la compassion des médecins envers les patients âgés, entre autres, permettent au souscripteur d'évaluer son risque bien plus précisément que ne le peut la compagnie d'assurance. Le résultat est que la santé moyenne des souscripteurs se détériore quand le prix augmente, avec pour résultat qu'aucune police n'est vendue, quel que soit le prix. C'est absolument analogue à notre exemple des automobiles, où la qualité moyenne des voitures d'occasion offertes décroissait en proportion de la baisse du prix. Cela rejoint l'explication que l'on trouve dans les manuels d'assurance :

« En général, les polices ne sont pas disponibles à des âges sensiblement supérieurs à 65 ans... Les primes à terme sont trop élevées pour être jugées intéressantes par d'autres que les plus pessimistes (c'est-à-dire ceux qui ont la plus mauvaise santé) des assurés. Il y a donc un grave problème de sélection adverse à cet âge. »<sup>1</sup> Les statistiques ne contredisent pas cette conclusion. Alors que la demande d'assurance médicale augmente avec l'âge, une étude nationale de 1956 sur un échantillon de 2 809 familles de 8 898 personnes montre que la couverture des dépenses hospitalières diminue de 63 % pour les 45-54 ans à 31 % pour les plus de 65 ans. Étonnamment, cette étude montre aussi que les dépenses médicales moyennes des hommes âgés de 55 à 64 ans sont de 88 dollars, contre 77 pour les plus de 65 ans<sup>2</sup>. Alors que les dépenses non couvertes s'élèvent de 66 à 80 dollars pour ces tranches d'âge, les dépenses couvertes par l'assurance diminuent de 105 à 70 dollars. Il est tentant de conclure que les compagnies d'assurance sont particulièrement peu enclines à assurer les personnes âgées.

Le principe de « sélection adverse » est potentiellement présent dans tous les textes sur les

assurances. La phrase suivante apparaît dans un manuel d'assurance écrit à la Wharton School :

« Il y a une sélection adverse potentielle quand les détenteurs d'une police d'assurance maladie en bonne santé peuvent décider de mettre fin à leur contrat quand ils deviennent plus âgés et que les primes augmentent. Cette décision pourrait laisser l'assureur avec une proportion excessive de risques supérieurs à la moyenne, et les demandes de remboursement pourraient être plus élevées que prévu. La sélection adverse "apparaît" (ou du moins est possible) chaque fois que l'individu ou le groupe assuré est libre d'acheter ou non, de choisir le montant ou la séquence d'assurance, et de prolonger ou de résilier son contrat. »<sup>3</sup>

L'assurance d'entreprise, qui est la forme la plus courante d'assurance maladie aux États-Unis, sélectionne les personnes en bonne santé, puisqu'une bonne santé est généralement une condition préalable à l'emploi. En même temps, cela signifie que l'assurance maladie est moins facile à obtenir pour ceux qui en ont le plus besoin, puisque les compagnies d'assurance font leur propre « sélection adverse ».

Cela ajoute un argument essentiel en faveur du programme *Medicare*. Dans une analyse coût-bénéfice, *Medicare* peut être rentable : il est très probable que chaque individu sur le marché serait prêt à payer le coût attendu de son programme *Medicare* et à souscrire l'assurance, mais aucune compagnie d'assurance ne peut se permettre de lui vendre une police – car à n'importe quel prix, cela attirerait trop de « lemons ». L'économie du bien-être appliquée au programme *Medicare*, dans cette optique, est *exactement* analogue au cas d'école des dépenses publiques pour la construction de routes.

<sup>1</sup> Dickerson, O.D., *Health Insurance*, Irwin, 1959, p.333.

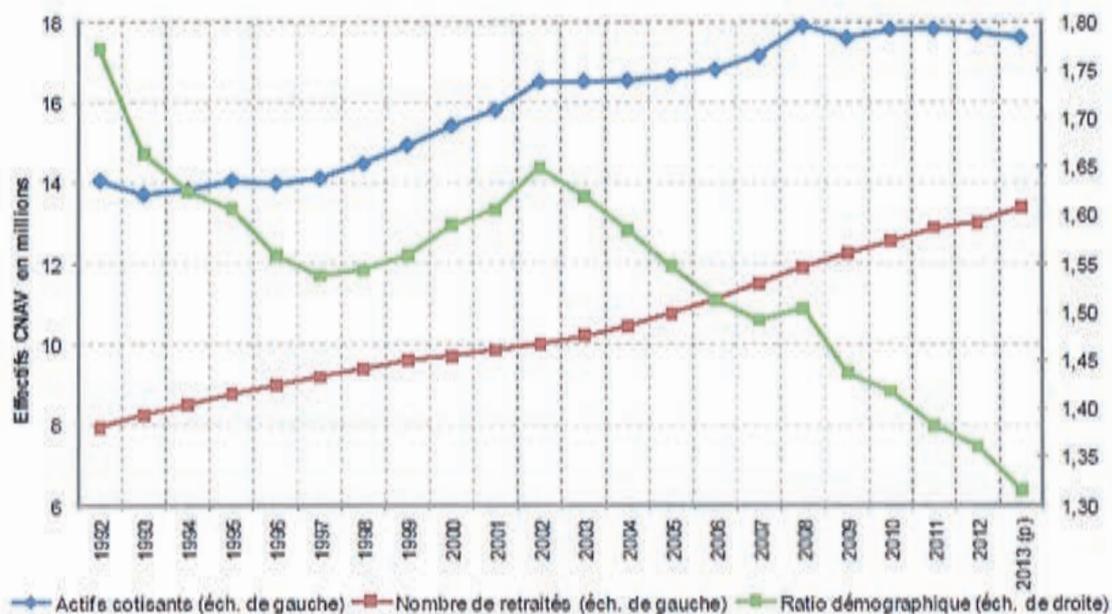
<sup>2</sup> Anderson, O.W., Feldman, J. J., *Family Medical Costs and Insurance*, New York, McGraw- Hill, 1956.

<sup>3</sup> Denenberg, H.S., Eilers, R.D., Hoffman, G.W., Kline, C.A., Melone, J.J., Snider, H.W., *Risk and Insurance*, Englewood Cliffs, 1946, p. 446.

Source : George A. AKERLOF, « Le marché des lemons : incertitude sur la qualité et mécanisme de marché », traduction Maud PINDARD in *Textes fondateurs en sciences économiques*, Bréal, 2003.

## Document 7

### a) Évolution du nombre d'actifs cotisants, du nombre de retraités et du ratio cotisants/retraités au régime général (au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année)



Source : CNAV pour la période 1992-2012 ; estimations DSS pour 2013, CCSS septembre 2013

**b) Pension médiane des retraités rapportée au revenu d'activité médian des actifs occupés et objectif visé par la loi de financement de la protection sociale**

Montants annuels en euros	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Retraite médiane des personnes âgées de 65 à 74 ans percevant une pension (1)	12 370	12 800	13 230	13 640	14 050	14 380	14 570	15 030	
Revenu médian d'activité des personnes âgées de 50 à 59 ans disposant d'un revenu d'activité (2)	17 020	17 570	17 840	18 430	19 020	19 390	19 610	20 100	
Taux de remplacement agrégé : ratio (1)/(2)	72,7%	72,9%	74,2%	74,0%	73,9%	74,2%	74,3%	74,8%	<b>Au moins 66,7%</b>

Note : Il s'agit des pensions et revenus individuels des personnes. Les revenus d'activité et les pensions, tous régimes confondus, sont évalués nets des prélèvements sociaux, mais bruts des impôts.

Champ : France métropolitaine, individus vivant dans un ménage ordinaire dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : INSEE-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 2002 à 2004, INSEE-DGFIP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2011.

**c) Durée moyenne tous régimes validée lors du départ à la retraite par les affiliés de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse**

Génération atteignant l'âge légal de départ en ...	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de trimestres requis	160	161	162	163	164	165	165	166

Source : CNAV.

**d) Taux d'emploi des seniors et objectif visé par la loi de financement de la protection sociale**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Objectif
<b>France, 55-64 ans</b>											<b>Augmentation</b>
Taux d'emploi	37,0	37,8	38,5	38,1	38,2	38,2	39,0	39,8	41,5	44,5	
Taux d'emploi « sous-jacent »*	32,9	33,2	34,0	34,3	35,2	36,0	37,5	39,1	41,4	44,3	
<b>Union européenne à 27, 55-64 ans</b>											
Taux d'emploi	39,9	40,5	42,3	43,5	44,6	45,6	46,0	46,3	47,4	48,9	

Source : INSEE, enquêtes Emploi, calculs DARES ; Eurostat pour l'UE à 27.

\* Le taux d'emploi « sous-jacent » est un taux d'emploi corrigé des effets de composition démographique.

Note : âge à la date de l'enquête.

Source : « Programme de qualité et d'efficience – Retraites », Annexe 1 du *Projet de loi de financement de la Sécurité sociale*, 2014.

## Document 8

Quel que soit leur mode de financement, les systèmes de retraite sont exposés à des risques démographiques, économiques ou politiques.

**Le risque démographique.** – Que les régimes en répartition soient soumis à des risques démographiques ne fait aucun doute. En effet, leur équilibre financier dépend de la taille respective de la population retraitée et de la population cotisante. Quand le ratio de dépendance démographique se dégrade, toutes choses égales par ailleurs, l'équilibre financier est affecté. Cette dégradation trouve son origine dans des chocs, qui auront des conséquences différentes selon leur nature. Ainsi, l'allongement de l'espérance de vie s'apparente à un choc durable qui accroît la population retraitée ; symétriquement, la baisse de la fécondité réduit la taille de la population en âge de travailler après quelques décennies. Ces phénomènes nécessitent une adaptation paramétrique des régimes (modification du taux de cotisation, du taux de remplacement ou de l'âge de départ en retraite). D'autres chocs sont transitoires, tels qu'une forte variation de la natalité sur une période limitée : c'est le cas du *baby-boom* observé dans les pays industrialisés après la Seconde Guerre mondiale. [...] Dans ce cas, le choc démographique peut être absorbé par une modification transitoire des paramètres de répartition, ou par un provisionnement du régime.

Faut-il en déduire que les régimes en capitalisation sont immunisés contre des chocs démographiques ? Malgré une idée reçue tenace qui voudrait que la capitalisation échappe au risque démographique, la réponse est négative sauf cas particulier. [...]

Revenons à l'exemple du *baby-boom* : en supposant que la productivité marginale du capital est décroissante, la contraction de la population active accroît la formation de capital en modifiant le prix relatif des deux facteurs : le facteur travail, plus rare, est mieux rémunéré ; en revanche, le capital, plus abondant, voit son rendement s'éroder. Cette configuration illustre l'hypothèse de retournement des marchés financiers (*asset melt-down hypothesis*) avancée pour prédire les effets futurs du *baby-boom* dans les pays développés : de nombreuses générations ayant accumulé des actifs financiers pendant leur vie active sont amenées à revendre, pour financer leur consommation des vieux jours, ces titres aux générations suivantes peu nombreuses. L'offre excédant la demande, le prix du capital s'effondre. Là encore, le catastrophisme est caricatural. Qu'une baisse tendancielle du rendement du capital soit observée au cours des trois prochaines décennies est possible. Mais elle n'est pas inéluctable. D'une part, les générations du *baby-boom* peuvent différer la vente de leurs actifs, autrement dit continuer d'épargner pendant leurs vieux jours. D'autre part, et surtout, la capitalisation peut s'opérer hors des frontières : en économie ouverte, les épargnants peuvent s'immuniser contre les risques démographiques de leur propre pays, en diversifiant leurs placements dans des économies qui n'ont pas été exposées à ces risques, notamment les économies émergentes qui n'ont connu ni *baby-boom*, ni transition démographique.

Supposons maintenant que le choc démographique se traduise par une augmentation durable de l'espérance de vie. Dans ce cas, la capitalisation et la répartition ont la même exposition au risque démographique : une retraite plus longue nécessite soit un effort contributif plus important (épargne en capitalisation, hausse du taux ou de la durée de cotisation en répartition), soit une réduction des pensions servies.

**Les risques économiques.** – Les risques économiques pesant sur les systèmes de retraite sont multiples. D'une part, les chocs de productivité affectent la rentabilité des régimes. Une réduction temporaire, et *a fortiori* durable, de la productivité du travail diminue le rendement de la répartition : le choc de productivité joue le même rôle que le choc démographique. Dans un régime par capitalisation, un choc négatif de productivité du travail réduit également le rendement du régime, sauf cas particulier où le travail et le capital sont parfaitement substituables : dans ce dernier cas, la moindre productivité du travail peut être palliée par une utilisation plus intensive du capital. Dans le cas général, les chocs de productivité du travail affectent le rendement de capitalisation, à travers la combinaison productive. Mais ce sont surtout les fluctuations des rendements financiers qui exposent la capitalisation aux risques les plus visibles, comme en témoigne la crise financière récente. D'autre part, l'inflation est susceptible d'affecter la répartition et, dans une moindre mesure, la

capitalisation. S'agissant de la répartition, le risque est limité par les paramètres du régime, notamment les régimes d'indexation des pensions sur les prix ou les salaires nominaux. En capitalisation, tout dépend des titres dans lesquels l'épargne retraite est accumulée : s'il s'agit de titres obligataires non indexés sur l'inflation, une inflation durable et importante induit un risque de ruine des épargnants, comme ce fut le cas dans l'entre-deux-guerres. En revanche, s'il s'agit d'obligations indexées sur l'inflation ou d'actions, le risque est limité, sinon nul.

Source : Anne LAVIGNE, *Économie des retraites*, La Découverte, collection Repères, 2013.